

DOMANDA PER IL RILASCIO/RINNOVO CONTRASSEGNO INVALIDI

Art. 381 D.P.R. 495/1992

Al Sig. Sindaco del Comune di Ponte di Piave

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____ e residente a

PONTE DI PIAVE in Via/Piazza _____ n. _____

CHIEDE

- Il rilascio del contrassegno invalidi come previsto dal D.P.R. citato in oggetto;
- Il rinnovo del contrassegno invalidi n. _____ come previsto dal D.P.R. Citato in oggetto;

A tal fine dichiara:

- che i dati personali sopra riportati sono veritieri;
- di essere a conoscenza della responsabilità che assume per l'utilizzo improprio del contrassegno;
- di impegnarsi alla restituzione del contrassegno alla scadenza della validità o al momento in cui il titolare non sarà più in possesso dei requisiti che ne hanno determinato il rilascio, o ancora in caso di emigrazione in altro Comune.

Allega per il rilascio:

- Foto formato tessera
- Certificazione medico legale per la mobilità delle persone invalide rilasciata dalla ASL competente dalla quale risulta che il richiedente ha capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

Allega per il rinnovo

- Foto formato tessera
- Certificato del medico curante che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del citato contrassegno:

Ponte di Piave, li _____

FIRMA _____